N° 62

DE LA DOULEUR

ET

DU POINT DE COTÉ

DANS LA

PLEURÉSIE ET LA PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 5 juin 1888

PAR

Camille LACOSTE

Né à Lasserre-Berdoues (Gers)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique médicale.	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠), CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✻).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. CASTAN, *président.*
HAMELIN, professeur.
MOSSÉ, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

C. LACOSTE.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A ma Nièce PAULE

C. LACOSTE.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon excellent ami le docteur **SÉNAT**

A Monsieur le professeur-agrégé **MOSSÉ**

C. LACOSTE.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CASTAN

Doyen de la Faculté de Médecine

C. LACOSTE.

INTRODUCTION.

Arrivé enfin au terme de nos études médicales, qu'une vie errante, mais féconde en déboires, avait failli reculer à jamais, nous avons choisi pour thèse inaugurale un travail sur le Point de côté dans la pleurésie et la pneumonie. Certes, nous ne nous sommes pas dissimulé les difficultés nombreuses auxquelles nous allions nous heurter, car, en somme, malgré les travaux faits en la matière, plus d'un médecin reste indécis sur la cause du point de côté. Véritable Protée, il se présente, en effet, sous différentes formes et en différents lieux, ou échappe même aux incessantes investigations de l'observateur qui, sachant pouvoir trouver en lui un puissant élément de diagnostic, veut ainsi arracher à la nature ses secrets. Le clinicien n'ignore pas que ce symptôme précieux le mettra parfois sur la voie d'une inflammation à son début, et qu'il l'engagera à diriger, de préférence, ses recherches dans un certain sens.

Livré à nos seules inspirations et pressé par le temps, nous n'avons nullement la prétention d'avoir fait une étude complète sur ce sujet, difficile à tous égards.

Cette explication était nécessaire pour faire naturellement excuser les lacunes nombreuses qui se révèleront, et légitimer la publication de ce travail en faveur de l'intention.

Sans vouloir faire une étude dogmatique, nous passerons cependant en revue la question de la *douleur et des points de côté en général.* Cela constituera le Chapitre I.

Les Chapitres II et III renfermeront la pathogénie de la douleur dans la *pleurésie* et la *pneumonie*.

Le Chapitre IV donnera la discussion du *diagnostic différentiel* et comprendra aussi nos observations personnelles.

Dans le Chapitre V, nous nous occuperons du *traitement* et nous formulerons nos *Conclusions*.

Avant d'aborder ce travail, il est de notre devoir d'adresser à M. le Professeur Castan, Doyen de la Faculté, tous nos remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

DE LA DOULEUR

ET DU POINT DE COTÉ

DANS LA PLEURÉSIE ET LA PNEUMONIE

CHAPITRE I.

DE LA DOULEUR ET DES POINTS DE CÔTÉ EN GÉNÉRAL.

Puisque nous devons parler de la douleur, il nous semble opportun de jeter rapidement un regard sur ce que l'on a voulu dire par ce mot jusqu'à ce jour. Nous serons bref, car cette importante question de physiologie a donné naissance à trop d'opinions contradictoires pour qu'il entre dans notre but de consacrer à son appréciation les longs développements dans lesquels elle nous entraînerait.

La *douleur* se sent, mais elle se définit difficilement. Pour les uns, c'est une sensation incommode qui agite notre économie; pour d'autres, c'est une espèce de sentiment, dont seraient susceptibles toutes les parties où se rendent des

nerfs pouvant transmettre au cerveau les impressions qu'ils reçoivent.

Tour à tour Boerhaave, Louis, Sauvages, Gaubius, etc., cherchent et trouvent une définition plus ou moins satisfaisante à l'esprit. Il faut arriver à Bouchut pour lire une explication plus exacte. Dans son Traité de pathologie générale, cet auteur dit: «La douleur ne résulte pas toujours de l'altération »des nerfs; sous l'influence d'un état morbide, il se déve»loppe une sensibilité spéciale très vive dans les organes ha»bituellement peu ou pas sensibles.»

La douleur varie dans sa forme et son intensité avec la manière d'être des sujets; elle n'est pas la même chez l'enfant, l'adulte et le vieillard. La sensibilité diminue, en effet, à mesure qu'on s'avance vers le terme de la vie; la faculté de jouir et, par suite, celle de souffrir s'éteignent peu à peu, comme si la nature bienfaisante avait voulu par là rendre la mort moins effrayante, et les regrets de quitter la vie moins cuisants.

Haller et Flourens nous disent que la douleur n'est pas toujours en raison directe du nombre des nerfs que les tissus contiennent à l'état normal. En effet, à l'état physiologique, la dure-mère, les tendons, le périoste sont insensibles; mais ces tissus deviennent douloureux, nous disent ces expérimentateurs, *si on détermine leur inflammation.* Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur cette affirmation des deux auteurs précédents, nous réservant de nous en servir en temps et lieu pour expliquer la douleur de la pneumonie.

Brown-Séquard se demande si on ne pourrait pas assigner un siège précis dans la moelle aux différentes impressions. Pour ce physiologiste, le froid et la chaleur passeraient dans les parties grises centrales de la moelle épinière, et les impressions douloureuses se rencontreraient surtout dans les parties postérieures et latérales de la substance grise.

En face d'une question si controversée, nous aimons mieux dire avec le regretté professeur Vulpian: « Il faut se garder »de conclure qu'il y a des fibres différentes pour la transmis»sion de la sensibilité tactile et de la sensibilité douloureuse, »car où s'arrêter alors!»

Nous nous hâtons d'arriver à notre sujet; mais, au début, nous nous empressons de déclarer que nous avons fait pour ce chapitre de nombreux emprunts aux leçons de clinique médicale du professeur Peter. Le problème clinique qui se pose, dit ce savant auteur, est celui-ci: « Un malade ayant »un point de côté, quelle est son affection? »

S'il s'agit d'une fracture de côtes, en outre des commémoratifs et des éléments de diagnostic chirurgicaux, le médecin ne trouvera pas de fièvre et, par suite, pas de phlegmasie; il pourra exister de la dyspnée, mais le malade ne toussera pas.

Le foie recevant des substances irritantes, comme l'alcool et ses dérivés commerciaux, pourra, à leur contact, devenir douloureux. L'hépatalgie de la cirrhose aiguë et chronique n'a pas d'autre pathogénie. Dans la colique hépatique, il existera de la douleur au niveau de la vésicule du fiel, mais une névralgie diaphragmatique sera aussi fréquemment le symptôme d'un calcul hépatique; il y aura là une simple propagation de l'irritation du foie au péritoine d'enveloppe, et de celui-ci au nerf phrénique. La pression du nerf phrénique et des insertions diaphragmatiques éveillera de la douleur. L'épaule droite sera également douloureuse; ce phénomène est dû à la douleur du nerf circonflexe par névralgie du phrénique.

Nous mentionnerons aussi, en passant, les points de côté dus à l'anémie. Dans ces névralgies chloro-anémiques, ce sont les 4^{e}, 5^{e} et 6^{e} espaces intercostaux qui sont douloureux. On trouvera ici les trois points classiques de Valleix, mais la

pression la plus douloureuse est ordinairement au niveau de la 4e apophyse dorsale, si bien que, lorsqu'on presse cette dernière, le malade se récrie et accuse en même temps un retentissement de la douleur sous le sein gauche, c'est-à-dire à l'extrémité de la branche nerveuse intéressée. Ces névralgies sont souvent erratives; la décoloration des tissus, l'existence d'un souffle à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou nous apprennent que nous avons affaire à des anémiques doublés de névropathes. De plus, si ces malades localisent cette douleur à la pointe du cœur, ils se croiront atteints dans ce viscère, alors qu'ils n'auront qu'une névralgie intercostale entretenue par le choc du cœur. Ce muscle provoquera, en effet, de la douleur à chacune de ses systoles, en pressant de dedans en dehors et comprimant le nerf malade.

Dans la péricardite aiguë, on observe aussi le point de côté; c'est une douleur très vive occupant la région précordiale et se faisant sentir surtout vers l'épigastre au voisinage des fausses côtes gauches; on l'exaspère, dit Mayne, « par la »pression dirigée de bas en haut en se rapprochant du péri»carde.» Il y a comme une sensation de constriction douloureuse dans la poitrine qui rappelle la douleur de l'angine de poitrine. Cette dernière produit aussi une douleur qui se localise au bas de la poitrine à gauche et derrière le sternum, mais il y a retentissement douloureux dans l'épaule du même côté et dans la sphère du nerf cubital, parfois la suffocation et la syncope paraissent imminentes et le malheureux éprouve cette sensation de la « *vie qui s'éteint.* » C'est comme une « pause de la vie,» dit Elsner. On est ici en présence d'une névrite du plexus cardiaque qui procure ces douleurs rétro-sternales; cette inflammation peut rayonner, s'étendre jusqu'au péricarde et par lui aux nerfs phréniques, d'où la névrite diaphragmatique consécutive. Nous savons que, pour

Huchard, le point de départ est le rétrécissement des artères coronaires; mais, cette pathogénie admise, la douleur ne s'explique pas. Les névralgies cervico-brachiales et thoraciques sont limitées au trajet de nerfs malades, elles présentent des points douloureux fixes et n'éclatent pas avec la même brusquerie de l'*angor pectoris*, dont la douleur poignante, accompagnée de constriction, d'angoisse et de dyspnée, ne survient que par accès.

La névrite qui va produire le zona, tout en étant quelquefois précédée d'un malaise général, s'annonce par une vive douleur de côté qui entraîne parfois une certaine gêne des mouvements respiratoires. Le rhumatisant et le dartreux y sont plus prédisposés que tout autre. Il existe là une lésion des ganglions intervertébraux et des nerfs qui en émanent, de telle sorte que la souffrance est alors l'expression de cette névrite qui va produire l'éruption par un trouble local de la nutrition.

Les contusions de poitrine produisent, dit Gosselin, des douleurs de côté rebelles qui ressemblent à la douleur de la névralgie intercostale spontanée. Gosselin pense qu'il existe, dans ce cas, une névrite due au traumatisme qui a produit une attrition plus ou moins profonde et étendue d'un tronc ou d'un rameau nerveux.

La pleurodynie, dit Peter, c'est littéralement «le point de côté» (τοῦ πλευρου ὀδύνη, douleur de côté), c'est « la fausse fluxion de poitrine» de plus d'un praticien; mais il n'y a là de faux que le diagnostic du médecin. Assurément, ce n'est pas à l'illustre école de Montpellier que ce reproche s'adresse, car c'est chez elle que la « fluxion de poitrine,» tout d'abord reconnue, fut pour la première fois enseignée. Dans la pleurodynie, avec un léger malaise arrive une vive douleur de côté. Cette douleur, qui gêne les mouvements respiratoires, est diffuse, en nappe et non par foyers comme dans la

névralgie intercostale. Le doigt promené le long d'un espace n'exagère en aucun point la douleur, tandis que celle-ci est provoquée lorsqu'on saisit à pleine main les masses charnues de la paroi. Les muscles seuls sont intéressés: c'est là le caractère spécial de la pleurodynie. La pleurodynie est essentiellement l'inflammation rhumatismale de quelques-uns des muscles thoraciques et surtout des dentelés.

La tuberculisation pulmonaire présente des points de côté un peu partout sur le territoire thoracique; mais, le plus souvent, le sujet se plaindra de douleurs «dans le dos,» «entre les deux épaules.» Ici la douleur sera parfois intense, permanente ou intermittente. Plus souvent localisée aux sommets et accompagnée de fièvre, elle sera l'indice d'une névrite consécutive à une pleurésie, et cette pleurésie des sommets signifiera tuberculisation pulmonaire. Le point de côté de la tuberculisation pulmonaire offre de remarquable et de caractéristique une marche graduellement descendante et un siège asymétrique. Le malade souffre ou a souffert successivement de son premier, puis de son deuxième, puis de son troisième espace intercostal. Si on observe d'une façon assidue, on peut remarquer que ces douleurs siègent assez longtemps d'un seul côté de la poitrine. Plus tard, lorsque le poumon congénère est atteint, le même cortège de points douloureux se fait sentir dans ce nouveau côté du thorax; mais ce qui frappe le plus, c'est de constater que le premier espace intercostal est, ici par exemple, seul douloureux, tandis que deux ou trois sont pris du côté le premier affecté.

On comprend ainsi, dit le professeur Peter, que la marche et le siège de ces douleurs correspondent à la marche et au développement asymétrique des tubercules pulmonaires ainsi qu'à leur évolution. Toutefois, chez un certain nombre de malades, on observera la coexistence de vives douleurs avec des lésions peu avancées et l'absence, au contraire, de ces

douleurs avec de graves désordres pulmonaires. Ce paradoxe clinique est expliqué par le professeur Peter de la façon suivante: « Chez les malades ainsi lésés, il n'y a plus, à proprement parler, de plèvre au « sommet de la poitrine, elle »est remplacée par je ne sais quelle cuirasse formée de la »superposition lente et successive de plusieurs générations »de fausses membranes; de telle sorte que, grâce à cette »membrane isolante, le travail morbide qui s'accomplit dans »les poumons s'effectue en dehors de la sphère de vitalité de »la plèvre pariétale, et, par suite, en dehors de celle du nerf »intercostal adjacent.»

Nous avons donc, au début de la tuberculisation pulmonaire dans la douleur des sommets, un symptôme des plus constants et, par suite, un des signes les plus certains de cette terrible affection. Peter va même plus loin; il affirme que cette douleur des sommets ne l'a jamais trompé, même dans des cas où l'âge très avancé des malades semblait devoir éloigner l'idée de tuberculose. Frappé par cette affirmation, nous avons, pour notre compte, cherché à contrôler ces observations et, presque toujours, nous avons été assez heureux pour retrouver ce symptôme chez les nombreux phtisiques que reçoit notre hôpital St-Eloi. Mais, en outre des points de côté supérieurs, il existe aussi, et très fréquemment chez les tuberculeux, des points de côté latéraux, pleurétiques, intermittents ou permanents, à peine sensibles ou très douloureux. Dans ces cas, il s'agit toujours d'une propagation du travail morbide à la plèvre: ces douleurs indiquent l'existence d'une pleurésie circonscrite, sèche et se terminant par la production de fausses membranes adhésives: elles marquent les étapes successives du mal dans sa marche envahissante.

Le point de côté de l'hydropneumothorax, atrocement douloureux, se caractérise par sa brusque apparition et sa subite intensité, la dyspnée est excessive, toutefois, si le poumon est déjà bridé par des adhérences, le début est

moins bruyant, la douleur et la dyspnée sont plus lentes à paraître et atténuées dans leur manifestation.

Nous ne ferons que mentionner, en passant, les douleurs qui peuvent être produites par les lésions de l'estomac et par celles de la rate.

Toutes ces considérations nous ayant mis en garde contre des erreurs de diagnostic, nous permettent d'espérer qu'on ne trouvera pas tout à fait dénuée d'intérêt l'étude de la douleur dans la pleurésie et la pneumonie que nous allons aborder.

CHAPITRE II.

PATHOGÉNIE DU POINT DE CÔTÉ DANS LA PLEURÉSIE.

Pour bien connaître notre sujet, nous ne pouvons mieux faire que d'examiner les théories émises jusqu'à ce jour sur la nature intime de la douleur pleurétique et sur sa valeur diagnostique.

La douleur a été de tout temps un des symptômes le plus apparent et le plus manifeste de la pleurésie, si bien que la pleurésie ou inflammation de la plèvre tire son nom de la douleur de côté qui en est généralement le symptôme primordial. Le mot (πλευριτις), d'après Hippocrate, signifie toute espèce de douleur, mais surtout toutes celles qui sont un peu fortes, persistantes et accompagnées de fièvre. Dans ses aphorismes, le père de la médecine semble, avant tout, préoccupé de la douleur de côté, mais il ne précise pas si cette douleur est due à une pleurésie ou à une inflammation pulmonaire. Le plus souvent, nous trouvons dans ses ouvrages la description de la pleuro-pneumonie, car, parlant de la douleur pleurétique, il dit qu'elle cesse lorsque « les crachats se colorent.»

A la suite du médecin de Cos, tous les anciens ne surent pas distinguer l'inflammation de la plèvre de celle du parenchyme pulmonaire ; ils confondirent donc toutes les douleurs de côté et consécutivement la pneumonie avec la pleurésie.

Galien semble, néanmoins, plus précis dans l'indication du siège de la pleurésie. On doit, dit-il, donner ce nom aux

inflammations qui se développent sur la membrane qui recouvre les côtes et les muscles qui les revêtent. Pour lui, la douleur s'étend jusqu'à la clavicule et le rebord des fausses côtes ? Il va plus loin, lorsqu'il donne les signes pathognomoniques de la pleurésie, à savoir :

1° Douleur piquante de côté.
2° Fièvre aiguë.
3° Difficulté de respirer.
4° Pouls dur et entrecoupé.
5° Toux fréquente.

Malgré cet ensemble de symptômes, Galien, nous dit Oribase, «s'inquiétait surtout du point de côté et des moyens de le faire disparaître.»

Arétée est, de tous les médecins de l'antiquité, celui qui se rapproche le mieux de la vérité. Cet auteur donne certains préceptes qu'il est bon de connaître. Il prétend que les pleurésies sont plus communes en hiver qu'en été, qu'elles sont plus fréquentes chez le vieillard. Il insiste principalement sur ce point que la douleur, très vive dans la pleurésie, est presque nulle dans la pneumonie (*affert plus periculi quam doloris pneumonia*).

Plus près de nous, les observateurs retombent dans les erreurs premières, et nous voyons Hoffmann et Sydenham, Van-Swieten, Pierre Servius, Cullen et Portal, Stoll, commentateur de Pringle et Baglivi, confondre de nouveau la pleurésie et la pneumonie, sans savoir exactement attribuer un siège au point de côté.

Laennec vint, et, avec son prodigieux génie d'observation, en ceci comme en bien d'autres choses, il frappa juste lorsqu'il parla de l'inflammation des nerfs intercostaux. Toutefois, Pinel est le premier à qui revient l'honneur d'avoir séparé la pleurésie de la pneumonie. Après lui, viennent Piory, Chaumel, Louis, Cruveilhier, Hirtz qui nous ont éclairés sur

l'origine du point de côté; mais c'est à Andral que revient surtout l'honneur d'avoir décrit le point de côté sous ses véritables formes et de lui avoir assigné la place qui lui convenait.

Ceci dit, nous devons nous préoccuper de savoir dans quel organe on doit placer le siège du point de côté. Bien des hypothèses ont été faites à ce sujet; nous les passerons en revue, tout en les discutant.

Le point de côté est-il dû à de la pleurodynie?

Nous avons dit, dans le chapitre précédent, que cette dernière affection est d'origine rhumatismale, intéressant les muscles grand dentelé, pectoraux, pouvant même s'étendre aux muscles intercostaux, à leur aponévrose profonde. La plèvre elle-même peut être atteinte, mais alors il existe un cortège fébrile qui nous rapproche de la pleurésie, sans toutefois produire d'exsudat proprement dit. De plus, dans cette dernière forme de pleurodynie que nous pouvons appeler intense, le frisson et le point de côté sont simultanés. En outre, des caractères déjà mentionnés plus haut dans le chapitre premier, nous savons que la pleurésie vraie ne donne lieu au point de côté que quelques heures après le frisson. Nous ne trouvons donc pas dans la pleurodynie une explication suffisante du point de côté; toutefois, pleurodynie et pleurésie peuvent exister.

Quant au poumon, dont nous discuterons plus loin la sensibilité, nous avons vu que l'antiquité le fit souvent intervenir comme cause de douleur, et, en cela, les médecins n'eurent certainement pas trop de tort. Réservant notre discussion, nous ne voulons pas contredire ici les expérimentateurs qui, ayant labouré sur des animaux cet organe avec des instruments tranchants, l'ont trouvé assez peu sensible. Si nous envisageons la pleurésie franche sans inflammation concomitante du parenchyme pulmonaire, et c'est le cas en ce moment, nous pouvons, en effet, admettre qu'à l'état phy-

siologique le poumon est trop peu sensible pour que le point de côté de la pleurésie lui appartienne. Assurément, nous ne tiendrons pas le même langage dans le cas de pleuro-pneumonie, parce qu'alors tout est changé, et nous nous expliquerons là dessus dans le chapitre suivant. Nous pouvons dès à présent exprimer notre pensée par ces mots : de même que dans les cirrhoses ou les néphrites mixtes, l'observateur ne peut pas assigner à chaque phénomène sa place aussi exactement que dans un certain cas plus typique ; de même, dans la pleuro-pneumonie tout souffre : poumon, plèvre et nerf intercostal.

Pour Andral, la douleur n'existe dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps de la pleurésie. Faudrait-il donc chercher dans la plèvre le siège de la douleur ? Ici encore les expérimentateurs nous disent que la plèvre a une sensibilité très obtuse. Pour beaucoup d'anatomistes, en effet, les séreuses n'auraient pas de filets nerveux. Les moyens d'investigations et les patientes recherches ont cependant permis de contredire cette assertion, et nous n'en voulons d'autre exemple que la démonstration de Charles Robin. Celui-ci nous montre les séreuses recevant des fibres ou tubes nerveux, écartés les uns des autres par des intervalles qu'on peut fixer en moyenne à un millimètre environ. Ces tubes nerveux peuvent donner une sensibilité exagérée par l'inflammation, et nous n'hésitons pas à déclarer que la plèvre enflammée doit souffrir, puisqu'elle est innervée. Nous voulons bien admettre qu'elle n'est pas seule à supporter la douleur et qu'il se peut qu'elle communique l'inflammation au tiers postérieur des nerfs intercostaux avec lesquels elle est en contact.

Déjà Laennec, avec son sens pratique si délicat, avait cherché dans ses autopsies la lésion des nerfs intercostaux et, si ses recherches n'avaient pas toujours été fructueuses,

du moins avait-il trouvé, dans quelques cas, le névrilème rougi par l'injection de ses vaisseaux et quelquefois, mais rarement, infiltré de pus. Requin, Bouillaud, Piorry attribuent aussi la douleur aux nerfs des parois thoraciques comprimés par la phlegmasie. Mais ces deux derniers auteurs croient à une simple névralgie intercostale, tandis que Beau démontre, dans un mémoire publié dans les *Archives de Médecine 1847*, que la douleur est due à l'inflammation des nerfs intercostaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-pleural et est déterminé par les mouvements des côtes, mouvements dont l'étendue est plus considérable vers le sixième et le septième espace intercostal. La névrite succéderait à l'inflammation des organes situés dans le voisinage du nerf. Pour Beau, le point de côté n'est que la douleur qui occupe l'extrémité périphérique ou sternale du nerf intercostal, et cette douleur est ainsi excitée à l'extrémité périphérique du nerf par l'inflammation qui s'est étendue de la plèvre au nerf, bien que le point enflammé du nerf soit ordinairement à une distance assez considérable de son point périphérique ou sternal.

L'inflammation occupe ordinairement toute la partie du nerf qui touche la plèvre, mais elle ne s'étend pas plus loin, c'est-à-dire qu'on ne la retrouve plus à partir de l'angle de l'omoplate dans les divers points où le nerf est séparé de la plèvre par le muscle intercostal externe. Les cordons nerveux sont souvent très rouges, plus volumineux que les cordons sains : ils ne sont ni plus mous, ni plus friables, quelquefois adhérents à la portion de la plèvre avec laquelle ils sont en contact.

Il y a, dit Beau, plusieurs nerfs enflammés, mais celui qui fait éprouver la plus vive douleur, en obscurcissant les douleurs moins vives que la sienne, peut faire croire au

malade que le point pleurétique est limité à un seul espace intercostal.

La théorie de Beau est passible de plusieurs objections.

D'abord, la douleur est presque toujours limitée au même point.

Ensuite, l'inflammation ne siège certainement pas toujours à la même place, et, d'ailleurs, la mobilité du thorax étant générale, la douleur devrait être en rapport avec l'étendue des mouvements dans les différents points affectés, et cela n'a pas lieu

De plus, en lisant le chapitre que Grisolle a consacré sur ce sujet, nous voyons que ce savant auteur fait observer que, le plus souvent, quelle que soit la terminaison de la maladie, la douleur cesse, tandis que l'altération anatomique persiste, s'aggrave et souvent se généralise.

Cela est vrai, mais nous répondons que s'il n'existait qu'une simple névralgie, il y aurait des intermittences dans la douleur. Or, dans le point de côté, la douleur, parfois un peu engourdie, s'exaspère par les mouvements de la toux, les efforts, mais ne cesse pas complètement. Nous établissons comme fait certain que la douleur a pour caractère de ne point cesser complètement. La névrite peut seule concorder avec nos affirmations. En effet, la douleur dans la névrite s'exaspère toujours par une pression exercée sur le trajet du nerf malade. D'après Bærwinkel, la transmission centripète de la douleur devrait être considérée comme un caractère pathognomonique de la névrite, car elle prouverait l'excitation des *nervi-nervorum*, et, par conséquent, l'inflammation du névrilème. Or, dans la pleurésie, si on presse le nerf, la douleur n'a pas lieu seulement sur le point déterminé, mais dans tout le trajet. De plus, dans la névrite, on constate une anesthésie cutanée, tandis qu'il y a hyperesthésie dans la névralgie; et, en effet, chaque fois que nous avons essayé de

piquer légèrement la peau sur des pleurétiques, nous n'avons déterminé chez eux aucun réflexe, aucune sensation désagréable.

Dans la pleurésie, la douleur est le plus souvent continue et n'a pas de ces rémissions complètes, comme dans une névralgie.

Tout cela existe, en effet, dans la pleurésie, et, dans nos observations, nous avons toujours constaté le fait.

Toutefois, nous ne nions pas qu'il puisse parfois exister un retentissement sur d'autres organes que les nerfs, tels que les muscles, le péricarde, le phrénique, et alors nous avons la diffusion du symptôme déjà précisé, nous tombons dans la pleurodynie et la névralgie, parce que la douleur devient diffuse, en nappe, n'a pas de foyer précis, et qu'elle est provoquée ou même exagérée lorsqu'on saisit à pleines mains les masses charnues de la paroi thoracique.

Telle que nous l'avons observée, la douleur pleurétique nous paraît être constante dans la pleurésie aiguë. Ce n'est que dans les cas de pleurésie secondaire et latente ou aux âges extrêmes de la vie que ce signe peut, sinon faire entièrement défaut, du moins être assez affaibli pour passer inaperçu.

Consultant les statistiques des auteurs, nous avons trouvé une entière unanimité.

Dans les cliniques d'Andral, sur 9 pleurésies aiguës avec épanchement, nous constatons 8 fois le point de côté.

Dans les cliniques de Bouillaud, sur 20 cas de pleurésies aiguës, 20 fois la douleur pleurétique est signalée.

Dans les cliniques de Trousseau, sur 8 cas de pleurésie avec épanchement, nous trouvons 6 fois la douleur.

Peter nous donne 4 cas de pleurésie et 4 fois la douleur.

D'après Valleix, elle existait 40 fois sur 46 cas.

Ce symptôme s'observe surtout en même temps que le

premier frisson, souvent quelques heures après, mais rarement après quelques jours.

En général, le point de côté se montre spontanément; mais dans quelques cas, il peut ne se faire sentir qu'à la suite d'une pression exercée sur un espace intercostal. Son caractère est d'être térébrant, lancinant, gravatif, pongitif, il donne parfois la sensation d'un gros poids qui comprimerait la poitrine, il arrache des cris au malade. Toujours continu, mais à certains moments presque pas sensible, il s'exagère dans les mouvements respiratoires ou par suite de la toux.

Le moindre frottement, la percussion l'augmentent. La douleur est une des principales causes de la dyspnée, elle entrave à tel point chacune des inspirations des pleurétiques, qu'elle produit une respiration entrecoupée et saccadée. Parfois cette douleur change de siège, si bien qu'on l'a trouvée du côté opposé à la lésion : aucune explication n'a été donnée de ce phénomène étrange et qui ne peut se comprendre que par la propagation de l'inflammation vers les nerfs intercostaux de la région. Soutenues par Laennec, ces observations ont été niées par Andral et Wintvich.

Nous avons voulu nous rendre compte de ce phénomène et nous faire une opinion ; mais il est bien difficile de trouver une solution capable de satisfaire. Toutefois, Gerhardt dit que ces cas s'expliquent par une anastomose entre les fibres nerveuses sensibles des deux côtés, dans le médiastin antérieur. Grisolle dit que les auteurs se sont absolument trompés sur l'existence de ce point de côté opposé à la lésion. Pour lui, le point de côté opposé à la lésion n'existe pas ou bien il est rhumatismal (pleurodynie), ou encore la lésion est double et, dans ce cas, la douleur n'est perçue que dans un côté.

Malgré que le point de côté puisse, dit Laennec, se fixer

dans quelque partie que ce soit des parois thoraciques, nous le trouvons, en général, au-dessous du mamelon dans le 6me et le 7me espace intercostal. On l'a assez souvent rencontré dans le 5mo et le 8me espace, plus rarement dans la région sous-claviculaire, scapulaire ou dans la partie latérale de l'aisselle et derrière le sternum. Il est très rare de le trouver dans la région des hypochondres ou de l'épigastre; la pleurésie diaphragmatique en donne des exemples.

En somme, dans le résumé des statistiques d'Andral, Bouillaud, Trousseau et Peter, nous trouvons que, dans les deux tiers des cas, la douleur est étendue en nappe sur tout le côté de la poitrine et au rebord des fausses côtes.

L'intensité et la durée du point de côté sont tout à fait variables selon les sujets.

Plus la douleur est intense, plus la respiration est superficielle, courte et accélérée. Parfois, au début, la douleur est si accentuée qu'elle cause la plus grande dyspnée et la plus terrible anxiété.

Quelques observateurs ont cherché à établir un rapport entre l'intensité de cette douleur, la gravité de la pleurésie et la nature de l'épanchement. Nous ne croyons pas toujours, pour notre part, à une pareille concordance. Nous avons, en effet, observé des malades entrés pour un violent point de côté et n'avoir à l'auscultation que des signes peu en rapport avec cette intensité; nous n'observions quelquefois que de la submatité et quelques bruits de frottement, après quoi tout rentrait dans l'ordre.

Par contre, nous avons trouvé des pleurésies sans point de côté trop douloureux, qui ont revêtu dans la suite une certaine gravité.

Mais, ce que nous tenons aussi à proclamer, c'est que dans un cas fort remarquable (voir notre observation I), notre

pleurétique éprouva une douleur intense et de longue durée, que les révulsifs et les calmants ne pouvaient adoucir.

Quoi qu'il en soit, si une pleurésie débute avec fracas, fièvre intense, abattement et prostration du malade, la douleur nous paraît avoir beaucoup de chances d'être aussi très vive.

Si, au contraire, la pleurésie survient avec des allures moins franches, si elle débute sournoisement et présente des irrégularités dans sa marche, la douleur sera en général peu vive.

Si, d'un autre côté, la maladie débute, soit chez un tuberculeux, soit chez un anémique, soit chez un strumeux ou un alcoolique, si elle ne présente pas un état franchement inflammatoire, si elle doit se prolonger, s'enkyster ou marcher vers la purulence, le point de côté pourra suivre la marche de la maladie, c'est-à-dire qu'il sera à peine marqué et ne gênera que faiblement le malade.

De plus, chez les enfants, les vieillards, les aliénés, la douleur peut être légère et même nulle. C'est, du reste, le cas le plus fréquent.

Habituellement, le changement brusque de position agit d'une manière défavorable, irrite et exaspère la douleur. Nous avons aussi observé que la douleur semble être en rapport avec les exacerbations vespérales de la fièvre.

En résumé, nous reconnaissons que cette question du rapport entre la douleur pleurétique et la manière d'être de la pleurésie, tout en fournissant quelques indices de gravité en rapport avec le point de côté intense, ne peut encore autoriser à formuler une conclusion précise.

Pour ce qui est de la durée du point de côté, on ne le trouve jamais pendant tout le cours de la maladie. La durée ordinaire varie entre trois et dix jours. La persistance du point de côté paraît être liée à la rapidité et à l'abondance de

l'épanchement, à l'acuité de la fièvre. Nous voulons dire par là que la douleur diminuera d'autant plus vite que l'épanchement sera rapide et abondant et la fièvre moindre.

En général, la douleur va en s'atténuant à partir du troisième jour. Nous retiendrons surtout que, autant que la trace de la douleur existe, le processus inflammatoire de la plèvre n'est pas fini, alors même que le pouls et la température sont depuis longtemps descendus à la normale. Donc, dans le cas où la pleurésie est guérie, s'il se montre de nouveau une douleur intense, il faut admettre une nouvelle poussée inflammatoire du côté de la plèvre.

La durée du point de côté nous a paru surtout dépendre des allures plus ou moins vives de la pleurésie. Car souvent, en effet, on voit la douleur persister deux ou trois mois ; mais dans ce cas, cette douleur sera disséminée, vague, n'incommodera que très légèrement le malade et ne sera réveillée que par de fortes inspirations ou les efforts de la toux. Cette douleur appartient à un genre tout spécial de pleurésies, celles qui débutent insidieusement, marchent lentement et permettent de durer longtemps.

Tel est le cas de ces pleurésies latentes qui viennent sur des organismes affaiblis par la diathèse tuberculeuse, ainsi que Stoll l'avait signalé depuis longtemps: *Est pleuritis latens, sæpe chronica, non raris hæreditaria, tumque in phtisis terminanda.*

Il est, en effet, des pleurésies qui ont une marche différente de celle que nous avons constatée dans la pleurésie franchement aiguë.

A la suite d'un refroidissement, ou même sans cause déterminante bien appréciable, dit Trousseau, un individu est pris de frisson, de malaise, d'inappétence, de courbature; il ressent un point de côté peu violent; ce point de côté peut manquer: il a, pendant quelques jours, une petite toux sèche,

son épanchement pleurétique devient considérable sans trop le gêner. Le malade continue à travailler pendant des mois jusqu'au moment où le hasard ou des phénomènes d'asphyxie appellent l'attention du côté de la poitrine. Souvent ces pleurésies donnent lieu aux épanchements les plus excessifs et évoluent sans fièvre. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est de voir les malades se douter fort peu de la présence d'une collection de liquide si considérable dans leur plèvre.

Trousseau ne nous raconte-t-il pas, dans ses cliniques, l'histoire d'une nourrice qui, en 1845, vint à pied, portant sur elle un enfant, de la pointe Saint-Eustache où elle demeurait, jusqu'à l'hôpital Necker, ayant ainsi fait 4 kilomètres sans éprouver une grande fatigue. Elle n'en avait pas moins un épanchement si considérable, qu'à son entrée Trousseau jugea la paracentèse indispensable et qu'il retira 2,500 grammés de liquide.

J'ai, par devers moi, l'observation d'un de mes bons amis, étudiant en médecine, chez qui le professeur Tédenat a retiré plusieurs litres de liquide contenu dans sa plèvre, et cependant, malgré ses connaissances médicales, notre ami avait passé longtemps sans se douter d'une pareille acquisition. Le point de côté lui-même avait été inaperçu.

Il ressort de ces considérations, que le point de côté, facile à constater dans la pleurésie aiguë chez des personnes robustes où le processus évolue franchement, devient moins perceptible chez des pleurétiques en puissance de scrofule, de tuberculose, d'arthritisme, qui ont abusé de l'alcool ou ont été soumis à des privations et des fatigues de tout genre. Nous avons plusieurs fois constaté chez des diathésiques cet affaissement de la sensibilité, qui s'explique facilement dans toutes ces maladies par ralentissement de la nutrition.

Toutes ces personnes ont, en un mot, leur santé délabrée

par cette sorte de misère physiologique qui cause tant de ravages dans l'organisme. Exposées à un refroidissement quelconque, ces mêmes personnes pourront prendre une pleurésie avec une facilité d'autant plus grande qu'elles n'auront pas la force nécessaire pour résister à l'évolution de la maladie.

Dans tous ces cas, la douleur de côté ne présente pas de point bien précis ; elle sera diffuse, c'est-à-dire répandue sur tout le côté affecté.

Cela nous amène tout naturellement à parler du point de côté dans la pleurésie diaphragmatique, car, ici encore, la douleur est diffuse, mais conserve cependant des points de repère assez précis.

La douleur paraît surtout marquée au niveau de la dixième côte, sans doute à cause de la mobilité plus grande des côtes qui détermine des froissements douloureux du nerf phrénique enflammé.

On trouve également des douleurs cervicales qui ne sont que le siège d'une simple propagation sympathique, c'est probablement le long du névrilème du nerf phrénique, que l'inflammation se propage jusqu'au voisinage du plexus cervical. Et, ce qui confirme cette manière de voir, c'est que le nerf est douloureux à la pression entre les attaches du sterno-mastoïdien. Il existe aussi des douleurs par propagation de sensation, ce sont des douleurs réflexes qui suivent les divers rameaux du plexus cervical, surtout de la quatrième paire, principale origine du nerf phrénique, et qui se manisfestent surtout au moignon de l'épaule. Elles se développent par une sensation réflexe facile à concevoir, vu la proximité des origines nerveuses : les nerfs phréniques et acromio-thoraciques, branches d'un même plexus, naissent de la moelle très près les uns des autres.

Ces douleurs peuvent s'annoncer brusquement, avec vio-

lence, suivant le trajet que nous venons d'indiquer, causent une dyspnée intense, de l'oppression et de l'angoisse : c'est là le cas le plus fréquent.

Mais il arrive aussi que le début est plus insidieux et ne présente tout d'abord que les irradiations d'une névralgie diaphragmatique peu intense. Ce n'est que quelques jours plus tard que les signes de la pleurésie apparaissent.

Guesneau de Mussy indique un point qui serait le foyer de la sensibilité et qu'il appelle « bouton diaphragmatique. » Ce point est situé à l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum. Quand l'extrémité du doigt rencontre ce point, les malades jettent un cri.

La sensibilité peut être réveillée par la pression plus loin encore, vers la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis. En outre, dit Guesneau de Mussy, en refoulant de bas en haut la région hypochondriaque, on produit, en général, une douleur vive qui ne se manifeste pas quand on presse dans une direction inverse.

En résumé, la douleur dans la pleurésie diaphragmatique présente à peu près les mêmes symptômes que dans la pleurésie aiguë simple, en ce sens qu'elle peut être ou plus ou moins intense, ou plus ou moins variable quant à sa fréquence et à son début, mais quant à son siège, elle en diffère énormément par certains trajets tout à fait opposés.

Nous avons vu ainsi comment il fallait considérer le point de côté dans les différentes formes de pleurésie, mais surtout dans la pleurésie aiguë, *à frigore*, où il se présente avec toute son acuité. Nous nous réservons de revenir plus complètement sur notre sujet, après avoir étudié la pathogénie du point de côté dans la pneumonie, qui fait le sujet du chapitre suivant.

CHAPITRE III.

PATHOGÉNIE DU POINT DE CÔTÉ DANS LA PNEUMONIE.

Poursuivant notre plan adopté précédemment, nous étudierons, pour mieux le connaître tel qu'il est admis aujourd'hui, les phases par lesquelles le point de côté de la pneumonie est passé depuis qu'il fut observé.

Comme nous l'avons déjà dit, il y eut longtemps confusion avec le point de côté de la pleurésie.

Cependant, Hippocrate écrit dans les pronostics de Cos (p. 197): « La douleur claviculaire d'un côté indique que »l'aile supérieure du poumon correspondant est enflammée. »Si la douleur est fixée au milieu des côtes, l'inflammation »répond à l'aile médiane; si elle a son siège aux environs »du diaphragme, c'est l'aile inférieure qui est atteinte, et »quand tout un lobe est affecté, le malade ressent de vives »douleurs dans toutes les parties adjacentes.»

D'autres, cependant, et particulièrement Dioclès, Erasistrate et Asclépiade étaient d'une autre opinion; ils pensaient que dans cette maladie la plèvre seule était enflammée.

Arétée, tout en admettant l'inflammation du poumon, soutient que la plèvre est seule douloureuse: « La maladie, dit-»il, que nous nommons pneumonie, est une inflammation du »poumon avec fièvre aiguë, pesanteur de poitrine et nulle »douleur, du moins si le poumon seul est enflammé, car ce »viscère n'en est pas naturellement susceptible; mais, si »l'inflammation attaque quelqu'une des membranes qui le »recouvrent ou qui l'attachent à la poitrine, c'est alors que »la douleur se joint aux autres symptômes.»

Il est donc bien établi que Arétée nie la sensibilité du

poumon : nous verrons plus loin si les opinions contemporaines concordent avec cette assertion.

Van-Swieten (*Comment. in Bocrh.*, § 877) est surtout le premier qui a divisé l'inflammation de la poitrine en pleurésie et en pneumonie, car, jusqu'à lui, on avait plus ou moins confondu ces deux états. Pour cet auteur, la douleur de la pneumonie est gravative, celle de la pleurésie est pongitive.

Pinel insiste sur la distinction de ces deux espèces de lésions; il y a, suivant lui, une inflammation de la poitrine qui a son siège dans la plèvre et une autre qui réside dans le parenchyme des poumons qui alors *deviennent douloureux.*

Pour Beau, la douleur dans la pneumonie est, comme dans la pleurésie, la manifestation d'une névrite intercostale siégeant dans le tiers postérieur du nerf. Mais Beau n'apporte pas d'observation précise pour étayer ainsi ses affirmations. Il ne nous enseigne pas qu'il ait jamais constaté, à l'ouverture des cadavres, une altération anatomique ou un changement quelconque dans les nerfs intercostaux. Grisolle prétend même, à ce sujet, que les nerfs intercostaux ne sont jamais malades. Il est donc impossible d'expliquer la douleur par une lésion qui n'a été que supposée.

Pour le professeur Péter, ce ne sont pas les poumons, organes à la sensibilité nulle ou faible, dont la sensibilité aurait été réveillée ou exaltée par la phlegmasie, qui se plaignent; ce sont les nerfs voisins de l'organe enflammé et indépendants de cet organe, mais irrités, enflammés au voisinage de l'incendie phlegmasique, qui souffrent et jettent le cri d'alarme. C'est ce que faisaient les nerfs intercostaux dans l'inflammation de la plèvre thoracique. Les lésions des principaux organes, poursuit le savant professeur, ne donneraient naissance à des points de côté que quand ces lésions confineraient à des nerfs. Il refuse toute sensibilité à la plèvre enflammée et ne croit qu'à une névropathie intercostale.

Nous avons déjà dit comment, d'après Robin, la plèvre à l'état pathologique devenait sensible; nous n'y reviendrons pas.

Pour le moment, nous ne pouvons pas admettre davantage, avec M. Péter, que la douleur de la pneumonie soit une douleur de pleurésie et que la douleur de la pleurésie soit toujours une douleur de névrite intercostale. Car, ainsi, le savant professeur suppose la propagation de l'inflammation des poumons à la plèvre viscérale, de celle-ci à la pariétale, et de la pariétale aux nerfs voisins.

Cette propagation pourrait, à la rigueur, se concevoir du poumon à la plèvre viscérale, qui emprunte la vie aux vaisseaux qui nourrissent le poumon. Mais la plèvre pariétale n'a pas cette même solidarité vasculaire. De plus, M. Péter ayant affirmé que la plèvre est indolore, comment se fait-il que cette séreuse devient douloureuse pour le compte du poumon, alors que, enflammée, elle emprunte la sensibilité aux nerfs de la paroi thoracique? De plus, cliniquement, nous observons que la pression thoracique, dans le cas de pneumonie, n'augmente pas la douleur, ce qui arriverait infailliblement si la théorie de Péter était vraie; nous ne l'admettons que dans la pleurésie seulement.

Cela peut exister, nous en convenons, dans le cas de pleuropneumonie et de névrite concomitante. Mais dans les cas de pneumonie sans pleurésie, nous ne pouvons admettre cette explication de la douleur.

Et, d'abord, à ceux qui nous diront que la pneumonie s'accompagne toujours de points pleurétiques, nous répondrons par les autopsies suivantes:

Servius dit avoir trouvé le poumon engorgé sur 100 sujets morts d'inflammation de poitrine, tandis que la plèvre était intacte.

Pinel, à son tour (*Considérations sur la pneumonie*), rap-

porte que Morgagni et Valsalva ont rassemblé un grand nombre d'observations, d'après lesquelles ils se sont crus autorisés à dire que la plèvre peut n'être pas affectée, mais seulement les poumons, quoique les malades aient éprouvé une vive douleur de côté.

Haller a ouvert le cadavre d'une jeune personne morte à ce que l'on croyait de pleurésie, parce qu'elle avait le pouls fort et dur, et qu'elle se plaignait d'un point de côté. La dissection fit voir dans le poumon droit un abcès considérable, tandis que la plèvre était tout à fait saine.

Stoll a fait la section cadavérique d'un homme mort d'inflammation de poitrine. Le malade avait eu un point de côté, et cependant la plèvre n'était nullement enflammée. C'était au contraire le poumon qui l'était dans toute son étendue.

Grisolle lui-même, qui est l'adversaire de la théorie que nous soutenons, à savoir la sensibilité du poumon dans l'état pathologique, cite, cependant, dans son traité de la pneumonie, le cas d'une pneumonie centrale où il était impossible de douter que l'inflammation exactement limitée au tissu pulmonaire ne fût la cause de la douleur ressentie. Peut-être aurait-on pu supposer, dit-il, l'existence d'une pleurésie concomitante profondément située; mais, à l'autopsie, la plèvre fut trouvée avec son poli et sa consistance normale sur ses deux parois. Nulle trace d'épanchement, de fausses membranes, de rougeur. Grisolle est ici obligé de conclure que le poumon enflammé peut, indépendamment de toute phlegmasie de la plèvre, exciter une douleur propre au tissu pulmonaire.

Enfin, le Dr Nonat, dans une série d'observations, soutient encore la sensibilité pulmonaire. Nulle part, ni dans les descriptions des symptômes, ni dans l'exposition des lésions constatées à l'autopsie, cet auteur ne voit le plus faible indice de pleurésie, et pourtant tous les malades accusent un

point de côté. Toutefois, ajoute Nonat, cette douleur était moins vive, moins aiguë que dans la pleuro-pneumonie. Or, c'est ce que nous ferons observer dans la description du point de côté de la pneumonie.

Du reste, aujourd'hui, l'existence séparée de ces deux affections n'est plus mise en doute, l'anatomie pathologique a tranché la question. Il n'en est malheureusement pas de même de la douleur pneumonique. En effet, si tous les auteurs modernes décrivent séparément la pneumonie et la pleurésie, tous ou presque tous s'accordent pour refuser au poumon phlogosé le droit de se plaindre. Nous ne pouvons partager cette manière de voir, et, malgré la haute autorité d'hommes aussi considérables que Andral, Grisolle, Chomel, Bouillaud, Jaccoud, Péter, nous avons entrepris de prouver par l'observation pathologique que le poumon enflammé est douloureux par lui-même.

Sans trop approfondir la question de savoir si cette douleur est due aux troubles circulatoires et aux modifications des sucs nutritifs entraînant les malformations des éléments anatomiques et le développement d'une plus grande irritabilité nerveuse, nous verrons qu'elle peut exister seule et cela d'une façon très rationnelle. Nous admettrons cependant qu'elle peut être aggravée par les mouvements de la paroi thoracique, ce qui se comprend très bien.

Donc, pourquoi le poumon enflammé ne serait-il pas sensible?

Le professeur Péter nous dit qu'il a labouré des poumons d'animaux sans déterminer de la douleur. Nous admettons le fait pour l'état physiologique, mais jamais quand le parenchyme est enflammé.

Les recherches de Bochefontaine et de Bourceret n'ont-elles pas démontré la sensibilité du péricarde au moins à l'état pathologique?

Haller et Flourens ne nous disent-ils pas que la douleur n'est pas toujours en raison directe du nombre des nerfs que les tissus contiennent à l'état normal?

Ces deux savants ajoutent que certains tissus, insensibles à l'état physiologique, deviennent douloureux si on détermine leur inflammation.

Qui voudrait, après ces observations, refuser au poumon enflammé la sensibilité? En tout cas, on nous avouera que si nous n'avons jusqu'ici que des procédés d'induction, ces derniers sont parfaitement admissibles et appuyés par des expérimentateurs illustres.

Le pneumo-gastrique et le grand sympathique prennent une part égale à la formation du plexus pulmonaire, et, d'après ce que nous avons dit plus haut, il est facile de voir que leur sensibilité peut s'aigrir par l'inflammation du parenchyme.

L'anatomie nous enseigne que la présence de la tunique musculaire dans la bronche intra-lobulaire suffit pour attester l'existence des nerfs dans les lobules, bien qu'ils n'aient pas été poursuivis jusque-là. Laennec, lui-même, nous dit que lorsqu'il y a douleur dans le poumon, le nerf pneumo-gastrique est le siège principal de cette impression. Autenricth a publié une observation, où le processus inflammatoire du pneumo-gastrique était incontestable.

Claude-Bernard a montré dans ses expériences que si, à l'état physiologique, le pneumo-gastrique peut être impunément excité sans produire la moindre douleur, la plus légère irritation, au contraire, portée sur lui pendant que la digestion est en train de s'accomplir, provoque aussitôt des sensations pénibles, qui se traduisent par des cris. La muqueuse stomacale se tuméfie et devient rouge au contact des aliments, tandis qu'elle demeure pâle et exsangue pendant la vacuité de l'estomac.

Ainsi, c'est à la périphérie qu'il faudra chercher la cause de la différence si prononcée que présente le pneumo-gastrique sous le rapport de l'excitabilité. Pendant la digestion, ce serait donc l'affluence du sang autour des dernières ramifications nerveuses qui serait le véritable excitant. C'est ainsi que la vascularisation pathologique agit sur le nerf, dont les ramifications viennent se répandre dans le parenchyme pulmonaire, et rend sensible un tissu qui, primitivement, ne l'était pas ou peu.

Voyons donc sur quoi nous pouvons étayer nos assertions.

En un mot, se peut-il rencontrer dans la pneumonie des conditions propres à amener l'afflux sanguin et à exagérer, par suite, l'impressionnabilité des nerfs de l'organe?

Il est impossible de méconnaître l'influence que doit avoir, sur les terminaisons des nerfs du poumon, l'état dans lequel les place l'inflammation; sous le rapport mécanique, en effet, le parenchyme pulmonaire subit des distensions évidentes. Les lobules pulmonaires, remplis à l'excès par l'exsudat, ont nécessairement leurs parois réciproques plus ou moins comprimées; par conséquent, les terminaisons nerveuses qui y rampent doivent subir le contre-coup de la pression intra-lobulaire. Nous devons ajouter à cette première cause de compression la gêne que rencontre l'extension des vésicules et des lobules daus l'exsudat interstitiel. De plus, la circulation produit une pléthore considérable et met les terminaisons nerveuses du poumon dans le cas de l'expérience de Claude-Bernard, citée plus haut. Toutes ces modifications entraînent forcément l'altération des éléments nerveux.

C'est ainsi que s'établit la douleur pneumonique, qui devient le point de côté dans certaines conditions. Sourde, obtuse, profonde et quelquefois gravative, toujours constante, elle dure tout le temps de la pneumonie et se manifeste

encore pendant la convalescence par une gêne plus ou moins marquée de la respiration, à laquelle le malade donne volontiers le nom de poids.

Cette douleur devient le point de côté, lorsque le poumon enflammé, doté de sa propriété de sentir, pour les raisons déjà déterminées, se trouve de par sa fonction dans une situation toute spéciale. En effet, tout malade qu'il est, il doit suivre les mouvements thoraciques, se dilater et revenir sur lui-même tant qu'il n'est pas réduit à l'inaction par la période d'hépatisation, durant laquelle l'air n'entre plus.

Par la force des choses, l'organe malade remuera donc, pendant tout le cours de la première période où il reçoit de l'air en plus ou moins grande quantité, à chaque inspiration La douleur pneumonique constante s'aggravera avec chaque mouvement qu'effectuera l'organe, absolument comme le fait une douleur inflammatoire articulaire, lorsque l'on vient à imprimer des mouvements à l'article affecté. Ce que nous disons est si vrai, que le *point de côté* est marqué surtout par les mouvements respiratoires eux-mêmes ; le reste, c'est-à-dire l'intervalle des mouvements, ne donne qu'une douleur plus obtuse, qui est la douleur pulmonaire proprement dite. Ce qui démontre mieux encore cette distinction, c'est que l'intensité de la douleur varie, comme chacun le sait, avec la force et l'étendue de la respiration.

Après avoir ainsi montré ce que sont la douleur pneumonique et le point de côté, dont le mécanisme nous paraît très clair, nous allons examiner les quelques objections qui pourraient être faites à cette manière de voir.

Le poumon, augmenté de volume, ne pourrait-il pas produire la douleur de la plèvre comprimée?

Dans la pleuro-pneumonie cela peut être admis, puisque nous admettons la sensibilité de la plèvre enflammée ; mais, dans le cas de pneumonie centrale, sans altération de la

plèvre, comme dans l'exemple de Grisolle cité plus haut, il nous paraît irrationnel de songer à cette explication.

Vouloir toujours chercher en dehors des poumons la cause de la douleur, c'est, de parti pris, oublier que, dans tout organe, il existe un élément qui peut devenir sensible; c'est oublier l'existence des nerfs propres à l'organe qui répondent à l'incitation produite par l'afflux sanguin et par les modifications inflammatoires. La turgescence est considérable; elle diminue l'élasticité pulmonaire. Les cellules nerveuses fortement comprimées produisent une douleur très vive, par suite de la propriété nouvelle que le sang vient de leur donner. L'arrivée de l'air dans le poumon augmente cette compression par les mouvements dont ce dernier est l'objet; le malade le reconnaît si bien, qu'il s'efforce d'empêcher l'arrivée de l'air dans le poumon pour en limiter les mouvements. Ce n'est que lorsque l'hépatisation est bien établie, qu'il n'y a plus d'entrée de l'air et, par suite, plus de mouvements, que le point de côté disparaît pour laisser seule la douleur pneumonique, dont le caractère, avons-nous dit, est bien moins prononcé, mais constant. C'est donc du 3e au 4e jour que disparaît le point de côté de la pneumonie.

Comme pour la pleurésie, qu'il s'agisse du point de côté proprement dit ou de la douleur pneumonique plus constante, la douleur variera dans son intensité avec l'âge, les conditions de dépression profonde, le siège de l'affection, etc.

La pneumonie du sommet se déclare généralement chez des individus âgés ou faibles; on ne s'étonnera donc pas de constater chez eux la faiblesse ou l'absence du point de côté. Toutefois, chez l'adulte, la douleur dans cette forme de pneumonie est moindre que dans les autres cas et parfois nulle. Cela tient, sans doute, selon notre théorie, sur l'acuité de la douleur, au peu de mobilité de la partie supérieure de la cage thoracique et aussi du sommet du poumon. On

comprend par là même pourquoi la douleur sera moins vivement réveillée, alors que nous aurons affaire à une pneumonie franche du sommet chez un individu robuste, capable de sentir.

La diarrhée, la dysenterie, etc.., en un mot toutes les causes d'affaiblissement atténueront la douleur d'une pneumonie intercurrente. Les exemples abondent dans la littérature médicale.

Dans les pays chauds, la pneumonie est loin d'offrir la même expression physionomique, le même degré de signification dans les symptômes que la pneumonie franche de nos pays. L'Européen soumis à l'action des fortes chaleurs, déprimé par les troubles de l'assimilation et de la nutrition consécutifs aux ébranlements nerveux, perd une grande partie de son énergie vitale. Le riche tempérament qu'il apporte est rapidement modifié dans son type fondamental par l'action des chaleurs fortes et persévérantes. Le système artériel perd de sa plénitude ; l'hématose se ralentit. Certains organes, le foie par exemple, fontionnent avec une plus grande activité, dépassent les limites tracées par l'équilibre normal.

Enfin, principalement chez les soldats, les chagrins et les privations, le surmenage physique et l'impaludisme débilitent plus ou moins la constitution la plus robuste. Combien de fois ne nous a-t-il pas été donné de constater ces tristes faits durant l'expédition de Tunisie, où nous avons payé de notre personne!

Tous ces états morbides ne manquaient pas que d'apporter de grandes modifications dans l'évolution, les symptômes, la marche des maladies et dans la pneumonie, en particulier, développée au sein d'un organisme ainsi défiguré.

En un mot, chez les individus dont l'organisation a été sensiblement modifiée par le climat, les maladies endémiques

et toutes les peines physiques et morales, les symptômes de la pneumonie sont peu tranchants et peu saillants. La douleur de côté manque souvent ou n'est ressentie que pendant les efforts de la toux ou les fortes inspirations.

Quant aux enfants, comme ils sont hors d'état d'exprimer leurs souffrances, il est bien difficile de s'assurer chez eux de l'existence de la douleur.

Barthez et Rilliet l'ont cependant constatée chez les enfants à partir de l'âge de 28 mois. Plus les enfants avancent en âge, nous disent ces auteurs, plus la douleur est fréquente et facilement appréciable. C'est vers le premier jour de la maladie que paraît le point de côté; il occupe d'ordinaire le creux de l'aisselle. Presque toujours la douleur est peu vive, sa durée est courte.

Dans la vieillesse, la pneumonie est, selon l'expression de M. Peter, une manière de mourir et constitue une fin naturelle des vieillards. L'âge apporte des changements dans la nutrition et dans la structure anatomique des organes respiratoires, ainsi que dans la conformation de la cage thoracique, A la suite de la soudure progressive des articulations costo-vertébrales, par l'ossification des cartilages costaux, par l'affaiblissement des muscles respiratoires, les mouvements d'élévation et d'abaissement des côtes diminuent d'ampleur et de nombre; le parenchyme du poumon lui-même a perdu de son élasticité; les cellules pulmonaires dilatées ne reviennent plus sur elles-mêmes.

M. Bergeron, dans sa thèse de doctorat (Paris), a, dans la pneumonie chez les vieillards, sur 30 observations, noté 20 fois un point de côté manifeste; 2 fois la douleur obtuse n'était rendu sensible que par la percussion. Dans 3 cas, la douleur était vive, continue. Dans deux cas, on trouva un peu de sérosité dans les plèvres. Le point de côté, dit Ber-

geron, n'apprend rien sur la gravité de la pneumonie, ce n'est qu'un signe indicateur.

Durand-Fardel dit, dans le chapitre de son livre consacré à la pneumonie des vieillards, que sur 50 pneumonies de vieillards, le point de côté a été trouvé 31 fois. Durand-Fardel ajoute que le point de côté a été observé plus souvent chez des vieillards au-dessus de 70 ans. Cela tiendrait à ce que le nombre de pneumonies est plus considérable au delà de 70 ans que dans un âge moins avancé.

Toutes ces considérations admises, nous allons examiner quel service peut rendre le point de côté dans le diagnostic différentiel de la pleurésie et de la pneumonie.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES POINTS DE CÔTÉ DANS LA PLEURÉSIE ET LA PNEUMONIE. — OBSERVATIONS PERSONNELLES.

Avant d'aborder ce chapitre délicat, nous nous empressons de déclarer que notre intention n'est pas de tirer du point de côté un signe pathognomonique permettant de différencier une pleurésie d'une pneumonie. Notre but est plus modeste et surtout plus rationnel, nous avons cherché tout simplement à voir quel parti le praticien pourrait tirer de la douleur dans les deux cas, sachant bien que, en médecine, l'affirmation catégorique mérite plus d'un contrôle.

Nous savons bien que la douleur est un symptôme commun à un grand nombre d'affections de poitrine; mais on peut tirer de son siège, de ses caractères, de son intensité, de sa durée enfin, des renseignements précieux pour le diagnostic.

Nous considérons le point de côté comme un symptôme de début des plus importants et sur lequel l'attention du médecin ne saurait être trop fixée, s'il veut asseoir son diagnostic sur des données précises, certaines, et se faire une opinion bien nette de l'affection avant que l'auscultation lui ait révélé la nature de la maladie.

S'attacher à caractériser les maladies par leurs symptômes prédominants, n'est-ce pas donner à l'art de guérir toute l'impulsion possible, et mettre entre nos mains des armes puissantes qui nous défendront souvent contre l'erreur et nous permettront quelquefois de combattre victorieusement dès le début le processus morbide?

Dans toutes les maladies, mais dans les affections de poitrine plus particulièrement, et parmi celles-ci, spécialement dans la pleurésie et la pneumonie, la douleur est un symptôme providentiel. Si elle n'existait pas, le médecin, dont l'attention pourrait être détournée vers d'autres symptômes, serait exposé à méconnaître tout d'abord ces affections.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ce que nous avons déjà dit dans les chapitres précédents, à savoir que bien des médecins se sont laissé surprendre par ces pneumonies insidieuses qui frappent et enlèvent les vieillards et les aliénés. Dans ces pneumonies, de même que dans les pneumonies et pleurésies consécutives à un état diathésique, la douleur manque ou est si faible, que l'attention du malade et du médecin la laisse échapper. Ici on explique ce manque de douleur par l'état des centres nerveux dont la sensibilité est plus ou moins affaiblie par la maladie primitive, l'âge, les troubles de l'intelligence, etc.

Assurément, ce n'est pas sur ces exceptions que nous avons voulu insister et nous n'en parlons que pour essayer d'être complet.

Nous plaçant ici au point de vue d'un diagnostic différentiel entre la pleurésie et la pneumonie en général qui sont le plus souvent concomitantes, nous réitérons nos réserves, car si l'on ne considère que les symptômes fonctionnels du début, on a le droit de dire qu'ils ne sauraient faire arriver au diagnostic formel. Il n'y a rien, en effet, dans les signes les plus complets de l'invasion : point de côté, dyspnée, toux et phénomènes fébriles variables d'intensité, rien qui permette d'affirmer que l'on est en présence d'une pleurésie commençante plutôt que d'une hypérémie simple ou d'une pneumonie à leur début. Toutefois, voici ce que nous avons observé :

Dans la pleurésie, la douleur de côté est aiguë, vive, su-

perficielle, pongitive, lancinante ; elle augmente par la pression sur les espaces intercostaux, pendant l'inspiration ; la toux est douloureuse. Le malade ne peut que difficilement se coucher sur le côté affecté, au début bien entendu.

Dans le catarrhe pulmonaire, dont nous ne parlons que pour faire ressortir la manière d'être du point de côté dans la pneumonie, la douleur thoracique est générale et n'affecte aucun point fixe; elle est obtuse et paraît suivre le trajet des bronches; elle n'augmente point par les grandes inspirations, le décubitus est possible sur les deux côtés.

Dans la pneumonie, la respiration est douloureuse, gênée, courte ; la douleur est sourde, obtuse, profonde, pongitive à certains moments; elle répond à l'endroit affecté ; elle augmente par la pression de l'abdomen, parce qu'on refoule ainsi de bas en haut les viscères; le malade éprouve alors une douleur plus forte avec un sentiment de suffocation. On n'observe rien de semblable dans la pleurésie.

Dans la pneumonie, la douleur fixe et profonde devient plus violente lorsque le malade se couche sur le côté sain, parce qu'alors les efforts de la respiration se passent presque en totalité sur le poumon affecté. L'expiration est d'autant plus douloureuse que l'inspiration a été plus grande, parce que les parois de la poitrine, en se resserrant, compriment fortement l'organe enflammé.

Donc, instinctivement, le malade laissera le côté sain libre et se couchera sur le côté affecté.

Dans la pleurésie, au contraire, le malade évitera le décubitus sur le côté enflammé, parce que en ce moment la douleur est trop vive; mais nous déclarons immédiatement que le malade, une fois l'acuité de la douleur diminuée, se couchera sur le côté affecté pour permettre à la respiration supplémentaire du côté sain de se faire librement.

Nous pouvons même ajouter, comme le disait dernièrement

le professeur Grasset, que cette question du décubitus n'a rien de bien mathématique.

Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir affirmer que si, dans la pleurésie, le malade se couche au début du côté sain, c'est pour éviter de comprimer les nerfs intercostaux et la plèvre qui souffrent, comme on s'abstiendrait de poser sur un coude ou un genou douloureux, dit le professeur Peter. Ce n'est que plus tard que le pleurétique se couche sur le côté affecté lorsque la douleur s'est calmée, c'est-à-dire après la formation de l'épanchement.

Parfois, la douleur thoracique quittant le lieu primitivement affecté pour se porter dans une autre partie de la poitrine, est un signe défavorable, parce qu'il est l'indice d'une nouvelle poussée inflammatoire.

Dans la pneumonie, la douleur est plus tardive que dans la pleurésie. Dans cette dernière, en effet, la douleur nous paraît, en général, contemporaine de la période des frissons.

Dans la pneumonie, le point de côté, sans être trop retardé, suit de quelques heures le grand frisson si caractéristique. Mais tandis que ici le point de côté diminue à la deuxième période pour ne laisser subsister que la douleur pneumonique, la douleur pleurétique dure assez souvent de cinq à sept jours environ.

Malgré que la douleur de la pneumonie affecte le plus souvent le côté droit au-dessous du sein entre la 6^{me} et la 7^{me} côte, on la voit aussi s'irradier de la région mammaire, tantôt vers la partie supérieure du thorax, tantôt vers la base. Nous inclinons du reste à croire que cette douleur est toujours en rapport avec le point enflammé, cela se comprend, puisque nous avons parlé de la sensibilité du poumon à l'état pathologique.

La douleur pleurétique varie dans de si grandes limites, que l'on est obligé d'admettre des mécanismes différents au

sujet de sa production. Elle peut être due à la sensibilité propre de la plèvre doublée d'une névralgie, d'une névrite ou d'une pleurodynie. On comprend que si ces trois lésions coexistent avec l'inflammation de la plèvre, le symptôme pourra être plus ou moins précis. En général, cependant, la douleur se manifestera au niveau du mamelon.

On n'oubliera pas que dans la pleurésie diaphragmatique, la douleur se montre surtout au niveau du rebord des fausses côtes, suit le trajet du phrénique, se montre au niveau de l'insertion intérieure du scalène antérieur et jusqu'au moignon de l'épaule.

La douleur sera d'autant plus vive, que la pleurésie aura débuté avec fracas et avec fièvre intense.

Si la pleurésie survient avec des allures moins franches, si elle atteint, ou un tuberculeux, ou un strumeux, ou un alcoolique, le point de côté sera à peine marqué et ne gênera que faiblement le malade.

Il en sera de même pour la douleur de la pneumonie.

Evidemment, dans ces dernières formes, le concours des autres signes sera de plus en plus utile.

Il reste bien entendu que dans le cas de pleuro-pneumonie, le point de côté revêtira une forme moins exclusive. La douleur sera bien moins obtuse que dans la pneumonie vraie ; en outre des autres éléments de diagnostic, nous saurons bien vite reconnaître que la plèvre est prise si la pression est douloureuse, et le râle crépitant nous indiquera que le poumon est enflammé.

OBSERVATIONS.

Au point de vue de la pathogénie, nous avouons ne pas avoir des observations personnelles sur les animaux pouvant nous permettre de confirmer les assertions que nous avons émises au sujet de la sensibilité du poumon et même de la plèvre.

La détermination d'une inflammation dans l'un ou l'autre organe, et le contrôle de leur sensibilité à l'état pathologique, nous paraissent, du reste, difficiles chez les animaux.

Mais les arguments appuyés par l'autorité d'hommes tels que Haller, Flourens et Claude-Bernard nous ont permis, sinon directement, du moins par analogie, surtout en ce qui concerne les poumons, de nous dispenser d'apporter des preuves personnelles à l'appui d'un fait que le raisonnement démontre admissible.

Nous plaçant donc au point de vue clinique, nous allons donner quelques observations à l'appui de notre travail.

Parmi le grand nombre de cas qu'il nous a été donné de recueillir et pour ne pas les rééditer plusieurs fois, nous nous astreindrons à ne publier que les plus saillants. Mais, avant de commencer, nous tenons à rendre un hommage public à la mémoire du savant et regretté professeur Combal, qui voulut bien nous donner la première idée de ce travail et nous permettre de recueillir quelques observations dans son service au début de l'année scolaire.

Observation I.

Pleurésie avec épanchement.

B... Marie, âgée de 25 ans, fille de service, entre le 21 novembre à l'hôpital Saint-Eloi, salle Sainte-Marie, lit 13. Dans la famille, on peut retrouver la tuberculose.

Chloro-anémique, réglée à 14 ans; depuis régulièrement. A eu des rhumes nombreux. Se promenant au champ de foire, elle eut froid la veille au soir. Après une mauvaise nuit, elle fut prise, le lendemain, d'un malaise général avec céphalalgie et courbature. Levée, elle se remit au lit avec quelques frissons, une douleur de côté spontanée, violente, s'irradiant de l'hypochondre gauche à l'épaule gauche. L'inspiration et la toux exagéraient cette douleur ; il en était de même de la pression intercostale et des mouvements.

La toux n'était pas fréquente, mais elle était très pénible par l'exaspération de la douleur thoracique. La respiration était extrêmement gênée et la malade ne pouvait se coucher sur le côté douloureux.

Huit sangsues furent appliquées contre la douleur de côté, le 23 novembre. En outre du point de côté, l'examen permettait de constater l'affaiblissement de l'expansion vésiculaire et quelques frottements secs. La fièvre était intense.

Les sangsues n'ayant pas amélioré la douleur, on prescrit, le lendemain, de nouveau six ventouses scarifiées et une injection de morphine le soir, pour permettre à la malade de reposer la nuit, car, la douleur est si intense, que tout sommeil est impossible.

Le 25, la douleur, quoique un peu calmée, persistait dans toute l'étendue du côté déjà cité. L'auscultation révélait déjà des signes non équivoques d'épanchement: matité, vibrations

thoraciques diminuées, diminution du murmure vésiculaire.

On ne constatait pas la présence de crachats mêlés de sang.

Une injection de morphine fut prescrite pour le sommeil de la nuit. Malgré tout, la douleur persista pendant quinze jours entiers.

Les signes de l'épanchement devinrent de plus en plus certains, si bien que, par deux fois, la thoracentèse fut jugée nécessaire et pratiquée: le liquide retiré était plutôt purulent que séreux.

Des sueurs nocturnes profuses fatiguèrent bientôt la malade. L'auscultation révéla une respiration rude et prolongée, des râles sous-crépitants aux deux sommets. Les lésions tuberculeuses s'accentuèrent journellement pendant deux mois et la malade succomba.

L'autopsie montra que la malade avait succombé aux suites d'une tuberculisation à marche rapide.

Réflexions.— Nous étant placé simplement au point de vue de l'étude du point de côté, nous avons cru devoir écourter dans nos observations tout ce qui s'en éloignait un peu. C'est pourquoi nous n'avons pas insisté sur les détails de l'évolution tuberculeuse. Il nous suffit de faire remarquer qu'ici la douleur a été dans ce cas très intense, qu'elle a revêtu tous les caractères dont nous avons parlé à propos de la pleurésie. Nous ne voulons certainement pas conclure de ce fait que l'acuité de la douleur est proportionnée à la malignité du processus morbide et à la nature de l'épanchement (et nous avons donné notre opinion dans le chapitre consacré à la pathogénie de la pleurésie), mais, en tout cas, il est bon, croyons-nous, de faire remarquer cette coïncidence.

Observation II.

Pleurésie avec épanchement.

Hélène J.., 18 ans, domestique, entrée à l'hôpital St-Eloi, salle Sainte-Marie, le 15 novembre 1887.

La maladie a débuté, il y a 5 jours, par un point de côté à gauche, accompagné de fièvre et de dyspnée; le 15, au soir, la température prise dans l'aisselle est de 39°2. Le point de côté est aigu, superficiel, exacerbant. La pression sur les espaces intercostaux augmente la douleur; l'inspiration et la toux sont très douloureuses. La malade trouve la douleur trop aiguë, quand nous lui demandons si elle se couche sur le côté malade: cette douleur paraissait limitée au niveau du mamelon et en arrière.

Quatre ventouses sèches appliquées sur le côté calment la douleur, qui va en diminuant et disparaît le septième jour.

Les signes de l'épanchement sont certains: matité, pas de vibrations thoraciques, égophonie.

A ce moment, la malade se couche sur le côté malade sans aucun inconvénient; elle avoue même choisir cette position, de préférence, depuis que la douleur a disparu.

Deux vésicatoires font disparaître l'épanchement.

Réflexions.— Ici la douleur, moins aiguë que dans le premier cas, conserve cependant son caractère spécial; mais nous tenons à attirer l'attention sur la gêne qu'elle procurait au point de ne pas permettre le décubitus du côté malade. C'est là un fait que nous avons observé plusieurs fois au début de la pleurésie, contrairement à ce qui arrive dans la pneumonie où la douleur, moins vive, permet ce décubitus dès le début. C'est seulement après la diminution de la douleur

que le malade se couche de préférence sur le côté affecté, pour permettre au poumon sain d'effectuer la respiration supplémentaire.

Nous avons toujours constaté que la douleur cesse avec l'apparition de l'épanchement. S'il y avait simplement névralgie, pourquoi ne persisterait-elle pas? Nous croyons plutôt que les frottements exagérant la douleur, celle-ci cède avec la séparation des deux feuillets par le liquide.

Observation III.

Pleurésie avec épanchement.

Paul I..., âgé de 23 ans, soldat au 2e régiment du génie, entre le 5 septembre à l'hôpital St-Eloi, salle St-Charles, N° 9.

La maladie a débuté brusquement, il y a trois jours, par un frisson et un point douloureux dans l'aisselle gauche. Etat fébrile assez élevé.

La douleur n'a présenté d'acuité que pendant trois ou quatre jours, et persiste, moins forte, pendant quinze jours.

Il y avait de la gêne de la respiration, la pression du thorax était douloureuse. La douleur était lancinante, s'irradiant vers le mamelon et l'hypochondre.

Elle fut calmée par des ventouses.

On constata successivement en avant: submatité en bas. En arrière, matité dans les deux tiers inférieurs. Abolition des vibrations thoraciques. Egophonie, pectoriloquie aphone. Souffle lointain et léger.

Quelques frottements au niveau de la ligne de matité.

Des vésicatoires nombreux furent appliqués durant le long séjour de ce malade à l'hôpital. On constata plus tard des signes de tuberculose: respiration rude, expiration pro-

longée, craquements, ce qui explique cette ténacité de l'affection, malgré une thérapeutique active.

Ici encore le décubitus, sur le côté malade, impossible au début, ne tarda pas à être préféré par le malade après la disparition de la douleur et la formation de l'épanchement.

Réflexions.— Nous avons été frappé, dans cette observation, de l'irradiation de la douleur qui s'étendait sur tout le côté à peu près. Nous avons timidement insinué que la plèvre pouvait être le siège de la douleur pour une petite part au moins; mais nous avons aussi maintenu que le point douloureux, variant parfois dans de si grandes limites, il était logique d'admettre que le mécanisme de sa production diffère souvent. Si pour nous la douleur débute par la plèvre, il ne nous est pas difficile de croire à une propagation dans les nerfs intercostaux que la pression démontre si sensibles dans ces cas.

Nous avons ainsi l'explication de ces irradiations parfois si étendues. La douleur disparut entièrement avec l'épanchement. Si la névrite intercostale de M. Peter produisait seule la douleur, pourquoi cesserait-elle exactement avec l'épanchement?

Observation IV.

Pleurésie sèche

F..., espagnole, âgée de 24 ans, entrée le 4 janvier à l'hôpital Saint-Éloi.

La malade nous dit avoir été atteinte, il y a environ deux mois, d'une bronchite légère. Il y a huit jours elle rechuta, fut prise d'une toux brève, avec gêne respiratoire plus prononcée que la première fois. Depuis trois jours, elle a eu un peu de

fièvre et quelques frissons erratiques. Elle se plaint en outre d'une douleur assez intense dans le côté gauche, au niveau du mamelon, mais dans la ligne axillaire. L'acuité de cette douleur redouble à chaque saccade de toux et à chaque inspiration.

La malade se plaint d'oppressions, elle porte sa main sur le point douloureux au moment de l'inspiration, pour tâcher de calmer la douleur.

On applique des ventouses sèches, qui ne calment pas la douleur.

L'auscultation ne révèle que des signes de pleurésie sèche, c'est-à-dire quelques frottements.

Le sixième jour, la douleur a complètement disparu; tout paraît être rentré dans l'ordre, lorsque le lendemain une nouvelle douleur de côté se fait sentir au niveau du huitième espace intercostal, toujours sur la ligne axillaire.

Cette douleur, qui revêt, du reste, tous les caractères du point pleurétique, disparaît quelques jours après, on ne constate toujours pas d'épanchement, et la malade sort guérie.

Réflexions.— Sans nul doute, nous avons eu affaire à une pleurésie sèche, qui, par deux fois, a produit le point de côté. Ici, le point de côté a produit exactement cette double poussée inflammatoire, la douleur a été localisée au point affecté, il n'y a pas eu d'irradiations, et nous serions bien prêts de croire que, là du moins, la plèvre a été en grande partie le siège de la douleur. Nous devons aussi faire remarquer que la douleur dure à peu près tout le temps que durent les frottements. Il n'y a pas ici de séparation des deux feuillets comme dans l'épanchement, et c'est pour cela que leur frottement continuel n'est, en tout cas, pas étranger à la douleur, qui a duré tout le temps.

Observation V.

Pneumonie observée en ville, avec le docteur Arles.

D..., âgé de 18 ans, est pris subitement d'un violent frisson qui se prolonge pendant toute la nuit du 4 mars ; peu après, se montrait un point de côté, localisé principalement au septième espace intercostal droit, mais en arrière de la ligne axillaire. Cette douleur vague et profonde, si le malade ne respirait pas, s'exagérait avec les mouvements respiratoires.

La température était de 39°5. Il y avait de la toux et une forte dyspnée.

L'auscultation faisant pressentir les signes d'un engouement pulmonaire, nous demandâmes à la famille de nous adjoindre un médecin.

Le docteur Arles, appelé le lendemain, constata avec nous le signe pathognomonique d'une pneumonie : les bouffées de râles crépitants à la fin de l'inspiration.

Les jours suivants, la température, la dyspnée croissantes, l'expectoration, le souffle tubaire, nous confirmèrent dans le diagnostic.

Je m'attachai, pour mon compte, à suivre les différentes phases par lesquelles devait passer la douleur.

Dès le début, notre malade cherchait de préférence le décubitus sur le côté atteint, car, disait-il, il arrêtait ainsi la douleur.

La pression n'exagérait pas la douleur, si on cherchait à la produire durant le repos des mouvements respiratoires qui la rendaient très vive les deux premiers jours. Au troisième jour, le point de côté s'amendait pour faire place

à la douleur vague et profonde, que nous avons nommée douleur pneumonique dans le chapitre de la pathogénie.

La douleur nous parut être en rapport avec le point où se révélèrent les signes stéthoscopiques ; toutefois, elle avait une plus grande étendue.

Réflexions.— Notons que le malade couchait de préférence, dès le début, sur le côté enflammé, contrairement à ce qui arrive dans la pleurésie, où la douleur est trop vive, trop superficielle. Si l'inspiration exagérait la douleur comme dans la pleurésie, la pression au contraire ne déterminait rien. Cette douleur obtuse dura même pendant la convalescence, tandis que celle de la pleurésie disparaît avec l'épanchement. De plus, l'acuité de la douleur, c'est-à-dire le vrai point de côté, disparut au moment de l'hépatisation.

Observation VI.

Pleuro-pneumonie

J. Puech, 27 ans, entré le 3 janvier à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Lazare, N° 24.

Bonne constitution. N'a jamais été malade.

Travaillant, la veille, sur la route de Palavas, il prit froid, nous dit-il.

Le soir même, courbaturé et souffrant de la tête, il fut saisi d'un frisson intense, qui dura une demi-heure.

Quelques heures après, il ressentit un violent point de côté à gauche.

Entré le 3 à l'hôpital, il était en proie à une dyspnée des plus pénibles. On comptait 42 inspirations à la minute. Le malade avait vomi deux fois.

Le point de côté se faisait surtout sentir en arrière de la ligne axillaire vers le 7e espace, mais il se prolongeait vers

le mamelon. C'était plutôt une douleur diffuse, qui présentait en même temps, presque partout, une grande acuité; les mouvements respiratoires et une toux quinteuse très pénible l'exagéraient. Le décubitus était dorsal.

Un vésicatoire adoucit la douleur, et, le lendemain, 4 janvier, l'auscultation révélait la présence d'un engouement pulmonaire, râles crépitants. Les crachats devinrent sanguinolents; il y avait une grande agitation, la nuit principalement.

Le 5, même état. Retentissement de la voix dans la partie moyenne de la poitrine; en arrière et à gauche, matité très accusée. Râles crépitants au sommet, souffle tubaire au milieu et en bas.

Le 6, le malade se plaint de nouveau d'un point de côté; il lui paraît encore plus douloureux qu'au début.

On trouve les vibrations thoraciques diminuées, des frottements humides. Les crachats sont jus de pruneaux, visqueux; la fièvre est intense et la température élevée: 40°5. Prostration des forces, adynamie.

Le 7, la douleur est toujours très vive; le décubitus sur le côté malade est impossible. La pression exagère la douleur, qui revêt en ce moment les caractères d'un point pleurétique; les signes stéthoscopiques confirment le diagnostic de pleuro-pneumonie, égophonie, souffle intense.

Du côté droit, à la base, il y a aussi comme une sorte d'engouement; on constate de la matité. La voix résonne, pas de râles crépitants.

La dyspnée est toujours considérable, mais l'état actuel ne paraît pas trop alarmant, lorsque, un peu de subdélirium ayant marqué la nuit, le malade succombe le lendemain matin à 9 heures.

L'autopsie, faite par le professeur Kiener, confirme le diagnostic de pleuro-pneumonie gauche.

La plèvre gauche contient un liquide fibrino-purulent; elle est dépolie et offre l'aspect d'une langue de chat.

Le poumon gauche est hépatisé du sommet à la base; il est recouvert d'une couche épaisse de fibrine, surtout en avant.

Dans le lobe inférieur du côté droit qui est anémié, on voit du tissu conjonctif séparer les lobules : c'est de la pneumonie interstitielle.

On trouve un peu de péricardite, mais peu d'épanchement. L'adynamie était due à la péricardite.

Réflexions. — Dans cette observation, nous avons noté deux fois le point de côté. Quoique vive au début, la douleur cessa rapidement sous l'action d'un vésicatoire; le surlendemain, la douleur reparaît plus vive et persiste jusqu'à la mort.

Ne peut-on pas admettre que la première douleur était due au poumon phlogosé, et que la seconde, plus vive, nous annonçait la propagation de l'inflammation à la plèvre?

Mais le lobe inférieur du poumon droit étant atteint, comment se fait-il que la douleur n'a pas été constatée en ce point? Nous croyons que, étant donné l'adynamie et la douleur pleurétique si vive de l'autre côté, la douleur vague, qui a pu exister à droite, est restée inaperçue.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT DES POINTS DE CÔTÉ.

Les anciens se préoccupaient surtout de la douleur et de son traitement. Soulager la douleur est une œuvre divine, disait Hippocrate. Dans ses aphorismes, il conseille de donner aux malades qui ont de la douleur pleurétique des embrocations.

Si la douleur, dit-il, ne cède pas, le médecin doit la résoudre ou par des évacuations alvines, ou par l'ouverture de la veine. Si ces moyens sont négligés, les malades succombent le septième jour: les uns pris de délire, les autres étouffés par l'orthopnée et le râle.

Que la douleur survînt soit dès le début de la maladie, soit plus tard, on usait aussi de fomentations humides ou sèches, mais chaudes.

Les émissions sanguines générales, et surtout locales, prennent le premier rang des agents antiphlogistiques destinés à combattre l'élément inflammatoire et la douleur.

Elles sont surtout indiquées quand la fièvre est très vive, l'oppression intense et la douleur de côté très aiguë.

On n'emploie guère aujourd'hui les saignées générales; dans la première moitié de ce siècle, la théorie de Broussais avait conduit les médecins à en juger autrement, et, pour nous en convaincre, nous n'avons qu'à lire les ouvrages de Bouillaud, Andral, Cruveilhier, Chomel, Louis.

Entre les mains de ces maîtres illustres, les émissions

sanguines apaisaient la douleur et la faisaient disparaître cinq à six jours après le début de la maladie.

Depuis, il s'est fait une réaction trop exagérée et ce n'est pas sans raison que le professeur Peter s'élève contre l'abandon de la saignée, car, d'après lui, on abandonne trop volontiers le pleurétique à lui-même, ce qui favorise la formation de l'épanchement.

Il faut savoir distinguer les cas.

Si le pleurétique se présente vigoureux et pléthorique, si la maladie débute avec impétuosité, si le point de côté est violent, on devra saigner.

A plusieurs reprises, nous avons vu le professeur Combal ne pas hésiter à prendre cette détermination. On constatait une amélioration subite. Cela confirme notre théorie de la douleur pulmonaire basée sur l'hypérémie.

Mais, si la pneumonie ou la pleurésie ont des allures moins bruyantes, si elles se sont développées chez un individu de constitution chétive, chez un diathésique, on se gardera bien de saigner. On appliquera de préférence des ventouses scarifiées qui agissent comme antiphlogistiques et comme révulsifs, et réussissent à calmer, sinon à faire disparaître le point de côté, quelque violent qu'il soit.

Si la douleur a des allures encore moins franches, on se bornera aux révulsifs simples : ventouses sèches, sinapismes.

On peut appliquer également des sangsues : cette médication, quoique excellente, n'agit pas tout aussi rapidement que les ventouses scarifiées.

On emploiera encore, comme révulsifs, les vésicatoires et les badigeonnages de teinture d'iode.

Les divers traitements internes, dirigés régulièrement, pourront aussi contribuer à l'apaisement de la douleur : dérivatifs intestinaux, drastiques, diurétiques, digitale, diète lactée, nitrate de potasse et sudorifiques, comme le jaborandi.

Néanmoins, si la douleur persiste, que nous ayons affaire, par exemple, à la douleur d'une pleurésie diaphragmatique, qu'une médication active ne pourra débarrasser subitement, il faudra s'adresser au traitement palliatif, tels que piqûres de morphine, frictions belladonées, opium en pilules, antipyrine, appelée plus récemment analgésine, etc.

Dans le cas de douleur due à la névrite intercostale, il nous paraît rationnel d'employer la cocaïne, malgré que nous n'ayons pas d'expérience personnelle, l'initiative nous ayant manqué jusqu'ici.

Hall a été le premier à constater que l'injection hypodermique de cocaïne, faite au voisinage d'un tronc nerveux, anesthésie la zone innervée par ce nerf.

CONCLUSIONS.

I.

La lésion qui occasionne la douleur de la pleurésie siège le plus souvent dans les nerfs intercostaux. Mais les recherches de Ch. Robin nous ayant montré la présence de nerfs dans les séreuses, il nous paraît rationnel d'admettre que la plèvre est sensible à l'état pathologique et qu'elle contribue, pour sa part, au point de côté de la pleurésie.

II.

L'inflammation modifiant l'état organique du parenchyme pulmonaire, l'hypérémie éveille dans cet organe une sensibilité morbide spéciale et permanente.

III.

Les mouvements respiratoires exaltent cette douleur, qui devient alors le point de côté. Celui-ci disparaissant avec la suppression fonctionnelle qu'amène l'hépatisation, le malade restera avec une douleur vague et profonde jusqu'à la résolution de l'inflammation.

IV.

Dans le diagnostic différentiel entre le point de la pleurésie et celui de la pneumonie, nous trouvons que l'un est plus superficiel, plus limité, plus vif, qu'il ne permet pas, au début, le décubitus de son côté et que la pression augmente son acuité.

L'autre est pongitif tout d'abord ; mais, dès le troisième jour, il reste plus vague, plus profond ; la pression n'augmente pas la douleur et le décubitus a lieu primitivement sur le côté malade.

V.

L'intensité des points de côté est souvent en rapport avec la nature de l'affection, avec les forces physiques et mentales du malade.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 mai 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 29 mai 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pailloz. — Fluxion de poitrine, thèse de Paris 1882.

Grasset. — Fluxion de poitrine de nature catarrhale (Montpellier médical 1874)

Voillez. — Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires.

Dupré. — Considérations générales sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale (Montpellier médical 1860, t. IV, p. 1).

Hanot. — Du traitement de la pneumonie aiguë, Paris 1880«

Charcot. — Des pneumonies chroniques (Thèse d'agrégation, Paris).

Grisolle. — Traité de la pneumonie.

Beau. — Archives de médecine 1847.

Peter. — Névralgie diaphragmatique, Archives de médecine 1871.

Trousseau. — Clinique médicale.

Stokes. — (Traduction du Dr Sénac). Traité des maladies du cœur.

Valleix. — Traité des névralgies.

Huchard. — Angine de poitrine (Revue mensuelle 1883).

Lancereaux. — (Gazette médicale 1864).

Bouchut. — Traité de pathologie générale.

Galien. — (De locis aff., liv. V, chap. III).

Bolard. — Thèse de Nancy 1880.

Audubert. — Thèse de Bordeaux 1884.

Arétée. — De causis et signis acutorum inorlorum.

Béguin. — Eléments de pathologie médicale 1863.

Bouillaud. — Journal hebdomadaire 1834.

Von Ziemssen. — Handbuch der Specielien pathologie und Thérapie, 2e édition Leipzic.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !